EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur H. CHRETIEN

CANDIDAT A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE

(Section de chirurgie et accouchements)

CONCOURS DU 1er MARS 1892

CHATEAUROUX

TYPOGRAPHIE ET STÉRÉOTYPIE A. MAJESTÉ

1892

JURY

MM. les Professeurs : Guyon, *président*.
Le Dentu, *secrétaire*.
Lannelongue.
Panas.
Pinard.
Chalot (de Toulouse).
Tédenat (de Montpellier).
Fochier (de Lyon).
Dubar (de Lille).

COMPÉTITEURS

CHIRURGIE

MM. Adam.
Albarran.
Audry.
Bazy.
Beurnier.
Broca.
Carlier.
Chrétien.
Condamin.
Coppens.
Delbet.
Demoulin.
Dupau.
Février.
Frœlich.
Genevez-Montaz.
Hartmann.
Lapeyre.
Lavaux.
Lejars.
Lyot.
Orcel.
Picqué.
Potherat.
Rochard.
Rochet.
Rollet.
Secheyron.
Tellier.
Vallas.
Villemin.
Walther.
Zilgien.

ACCOUCHEMENTS

MM. Blanc.
Boissard.
Bonnaire.
Chambrelent.
Demelin.
Lepage.
Oui.
Pollosson.
Potocki.
Tissier.
Tracon.
Turgard.
Varnier.

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des Hôpitaux de Paris (1880).

Interne des Hôpitaux de Paris (1883).

Docteur en médecine (1888).

Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers (1889).

Membre correspondant de la Société anatomique et de la Société de médecine de Paris.

Membre du Conseil central d'hygiène de la Vienne.

Médecin adjoint de la Maternité de Poitiers.

Chirurgien de l'Hospice général.

ENSEIGNEMENT

(École de médecine de Poitiers.)

Clinique externe, Hôtel-Dieu, semestre d'été, 1889-92.

Cours de médecine opératoire, 1891.

Cours de pathologie ; semestre d'hiver, 1890-92.

PUBLICATIONS

I. — Kyste de l'ovaire et lipome calcifié du grand épiploon. (*Bulletins de la Société anatomique*, juin 1888, p. 654.)

Chez une femme de 60 ans morte à l'hôpital Cochin après avoir présenté des accidents de suppuration hépatique, j'ai trouvé un kyste ovarique gros comme un œuf de poule; l'ovaire qui lui avait donné naissance avait complètement disparu; il n'en restait pour tout vestige qu'un épaississement circonscrit de la poche, une sorte de plaque blanche couverte de petites végétations mamillaires.

Appendue au bord libre du grand épiploon se trouvait une poche kystique, épaisse, en partie calcifiée, qui contenait des granulations calcaires arrondies et régulières mêlées à une matière dense et boueuse. Il s'agissait d'un lipome dégénéré (M. Cornil).

II. — De la thyroïdectomie, *Thèse inaugurale*, in-8°, 145 p., Paris, 1888.

Les premières tentatives d'extirpation du goître remontent au dix-huitième siècle, et sont liées aux noms de Freytag, Theden, Heister, Giraudy de Marseille, etc. Bientôt condamnée par l'Académie de chirurgie à la suite des insuccès retentissants de Desault et Dupuytren, la thyroïdectomie fut pratiquée de nouveau à partir de 1835 par Nélaton, Voisin, Roux et Cabarret. Encore une fois proscrite par l'Académie de médecine, cette opération fut définitivement réhabilitée en France, sous l'in-

fluence des travaux de Brière d'Yverdon, Michel de Nancy et Kocher, auxquels la découverte de l'antisepsie et de la forcipressure vint prêter le plus solide appui. En 1882, J. Reverdin signala la cachexie strumiprive qui suit l'extirpation totale du corps thyroïde; on préconisa aussitôt l'ablation partielle, la résection, et l'énucléation intra-glandulaire, qui seront désormais les méthodes de choix.

Vascularisation extrême des tumeurs thyroïdiennes, adhérences à la trachée, voisinage des nerfs récurrents, telles sont les difficultés que doivent prévoir et trancher les règles du manuel opératoire. La question de la trachéotomie préliminaire n'a pas l'importance que Rose avait voulu lui accorder. Bien rares sont les cas où il faut introduire une canule pour lutter contre les accidents asphyxiques dus au ramollissement trachéal. En revanche, les sécrétions trachéo-bronchiques expulsées par la canule infectent la plaie inévitablement. L'infection peut suivre une marche inverse, et les opérés meurent de pneumonie; les statistiques sont fort éloquentes sur ce point. L'isolement de la tumeur doit être fait prudemment avec le doigt ou un instrument mousse, tandis que l'hémostase provisoire est assurée à l'aide des pinces à pression. Il est nécessaire d'apporter les soins les plus minutieux à la ligature des gros vaisseaux, principalement pour la thyroïdienne inférieure qui affecte des rapports étroits avec le nerf récurrent.

L'énucléation des noyaux goîtreux intra-glandulaires imaginée par Porta de Pavie en 1849, puis oubliée, a été vulgarisée par Garré et Keser sous l'inspiration de Socin. Facile à exécuter, bénin au point de vue du pronostic opératoire, ce procédé mérite une étude attentive puisqu'il présente l'avantage immense de prévenir les complications tardives signalées par Reverdin.

Les tumeurs développées aux dépens des thyroïdes accessoires nécessitent l'emploi d'un manuel opératoire très variable, en raison de la diversité extrême de leur situation et de leurs connexions anatomiques. Après Ziemssen et Bruns, Heise a attiré l'attention sur des tumeurs implantées dans le larynx et la trachée, et dont la structure thyroïdienne a été établie histologiquement.

Mortelle dans la moitié des cas au siècle dernier, la thyroïdectomie a largement bénéficié des progrès récents de la chirurgie. D'après Liebrecht, de 1851 à 1876, sur 133 opérés, 101 guérirent. De 1877 à 1883, Kocher perdit 28 malades sur 240 opérés, soit 11 0/0. En 1887, Socin réduisait la léthalité à 1,7 0/0 ; mais il est nécessaire de faire remarquer que ses chiffres se rapportent uniquement à des goîtres simples, et jamais à des tumeurs malignes.

L'hémorragie, les lésions des gros troncs nerveux du cou, la pneumonie et la médiastinite infectieuses, tels sont les accidents immédiats contre lesquels le chirurgien doit diriger tous ses soins, et dont une bonne technique prévient le développement. Quant à la tétanie et à la cachexie strumiprive qui apparaissent plus ou moins longtemps après l'extirpation totale de la glande thyroïde hypertrophiée, elles résultent uniquement de la suppression d'un organe dont les fonctions, encore mystérieuses, sont indispensables à l'organisme. Le corps thyroïde sécréte-t-il, comme le veut Schiff, « un produit destiné à neutraliser des substances toxiques nées dans l'économie » ? Jouit-il, comme l'ont dit Crédé, Zezas, Wagner, etc., d'un pouvoir hématopoiétique ? Ou ne peut-on expliquer le myxœdème que par la dyscrasie mucinoïde d'Horsley ? Il est impossible actuellement de se prononcer sur ce point.

La thyroïdectomie totale n'est plus permise aujourd'hui, si ce n'est dans des circonstances exceptionnelles. Ses indications se présentent à peu près exclusivement dans les tumeurs malignes qui ne peuvent être justiciables que des moyens les plus radicaux ; mais les résultats déplorables obtenus en pareils cas ont rendu les chirurgiens fort circonspects. Un diagnostic très précoce donnerait seul quelques chances de succès. La résection, l'énucléation intra-glandulaire répondent à tous les besoins de la thérapeutique des goîtres simples. On n'opèrera pas pour remédier simplement à une difformité, mais pour lutter contre des troubles fonctionnels plus ou moins graves. L'abstention sera encore la règle dans le goître exophtalmique vrai, et chez les athéromateux et les vieillards.

III. — Note sur un cas de monoplégie brachiale d'origine syphilitique. (*Poitou médical*, 1er janvier 1889, p. 1.)

Un homme de 59 ans, syphilitique depuis douze ans, est pris tout à coup d'une attaque d'épilepsie jacksonienne à la suite de laquelle il est atteint de monoplégie brachiale gauche avec intégrité parfaite de la sensibilité. Il ne porte aucun des stigmates de l'hystérie. La pachyméningite gommeuse doit être seule incriminée. Sous l'influence du traitement spécifique, les accidents disparaissent en moins de deux mois.

IV. — Note sur quelques lésions consécutives à un grand traumatisme de la région abdominale. (*Gazette médicale de Paris*, 2 février 1889, p. 51.)

Un homme de 47 ans a été écrasé par un camion lourdement chargé; apporté à l'hôpital Saint-Louis, il meurt six heures après l'accident; à l'autopsie, je trouve les lésions suivantes; disjonction de la symphyse pubienne; double trait de fracture isolant le corps du pubis gauche; fracture comminutive de l'épine iliaque antéro-supérieure; rupture du mésentère sur une longueur de trente centimètres avec arrachement d'une partie du péritoine intestinal correspondant; l'anse séparée du mésentère est ainsi dépouillée de sa tunique séreuse dans l'espace de six centimètres; rupture du diaphragme, hernie de l'estomac, du grand épiploon et d'une partie du colon transverse qui ont pénétré dans la cavité pleurale jusqu'au niveau du second espace intercostal, en passant par un orifice situé en avant et en dehors du pilier gauche du diaphragme, à l'union des fibres musculaires avec le centre phrénique.

V. — **Tumeur kystique de la cuisse; extirpation, guérison.** (*Bulletins de la Société anatomique*, 14 juin 1889, p. 437; *Poitou médical*, juin et juillet 1889, p. 122 et 152.)

J'ai publié sous ce titre l'histoire d'un cultivateur, homme robuste âgé de 34 ans, sans aucun antécédent morbide, qui reçut, en 1882, un coup de pied de cheval à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche. Cinq mois après cet accident dont les suites avaient été très simples, le malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur au niveau du point contusionné, tumeur qui s'accrut progressivement et finit par gêner la marche.

Au moment de l'examen, cette tumeur était arrondie, grosse comme une tête de fœtus à terme, également dure partout, fixée pendant les contractions musculaires et bridée par le droit interne, mobile dans le repos absolu, indolente et sans adhérences à la peau. Pendant l'extirpation, je constate qu'elle est située entre le droit interne et le premier adducteur, et qu'elle tient aux gaînes aponévrotiques par de nombreuses adhérences conjonctives. Un pédicule de même nature la reliait au périoste fémoral; à peine énucléée, elle devient manifestement fluctuante; ouverte, elle laisse échapper un liquide brun et épais. La poche est circonscrite par des parois blanchâtres, d'une grande épaisseur, et dures par places; à sa face interne sont de nombreux prolongements papillaires d'aspect arborescent; au microscope, on trouve uniquement du tissu fibreux très dense, infiltré çà et là de sels calcaires; le liquide contenait en suspension des cellules lymphatiques, des hématies déformées, des détritus cellulaires et des cristaux de matière colorante du sang.

Il s'agissait d'un hématome enkysté qui s'était accru peu à peu par un mécanisme dont on ne peut donner que des explications hypothétiques : poussées congestives avec hémorragies intracavitaires (Besaucèle, thèse, Paris 1874, n° 33), ou exsudation lente au niveau des végétations conjonctives qui tapissent la paroi?

VI. — Kyste mucoïde congénital de la région présternale. (*Bulletins de la Société anatomique*, 4 octobre 1889, p. 506.)

Femme de 26 ans, qui portait depuis sa naissance une petite tumeur arrondie, indolente, au niveau de la fourchette sternale. A l'âge de 10 ans, ouverture spontanée de la poche qui laisse écouler un peu de liquide et se referme bientôt. En 1883, première grossesse; la tumeur augmente de volume, devient douloureuse, est incisée par un médecin et se reproduit quinze jours après. En 1888, nouvelle grossesse, nouvelle poussée du côté de la tumeur qui s'ouvre spontanément trois semaines après la délivrance, mais pour peu de temps.

Extirpation le 3 juillet 1889. L'examen histologique m'a révélé l'existence d'un chorion muqueux circonscrit profondément par de gros faisceaux de tissu conjonctif; ce chorion est tapissé par un épithélium cylindro-conique stratifié dont il est séparé par une membrane basale fort nette (observation résumée dans le *Traité des affections congénitales* de M. le professeur Lannelongue, t. I, p. 188).

VII. — Fracture du crâne; déchirure de l'artère méningée moyenne; épanchement sanguin extra-dure-mérien; mort par compression cérébrale. (*Union médicale*, 24 octobre 1889, p. 595.)

Le blessé dont il s'agit dans cette observation était un militaire qui avait fait une chute sur la tête au milieu d'un exercice de gymnastique; perte de connaissance complète mais de peu de durée; quelques heures après, vomissements alimentaires; puis, nouvelle perte de connaissance. Il est apporté à l'hôpital le lendemain matin, en *état de contracture généralisée*; stertor, dilatation pupillaire, râles trachéaux, sueurs profuses; une intervention semble inutile; la mort arrive très promptement. A l'autopsie: déchirure de l'artère méningée moyenne droite au niveau de sa bifurcation; caillot sanguin de 165 grammes en dehors de la dure-mère décollée. Petit noyau hémorragique sur la partie antérieure de la première circonvolution temporale *gauche*; pas d'autre lésion cérébrale.

VIII. — Une observation d'ostéite déformante de Paget. (*Poitou médical*, 1er février 1890, p. 25.)

J'ai observé le malade qui fait le sujet de cette note dans le service de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, pendant mon internat. Les symptômes qu'il présentait reproduisaient très exactement le tableau magistralement tracé par Paget; hypertrophie énorme et incurvations très accentuées de tous les os longs surtout du côté droit, dilatation générale et régulière du système veineux superficiel, douleurs vives principalement dans les membres inférieurs et exaspérées pendant la nuit, etc.

Il est intéressant de noter que l'affection a débuté pendant un séjour prolongé à la chambre pour une *fracture de l'humérus gauche.* C'est à ce moment qu'apparurent les douleurs et l'hypertrophie du squelette des membres inférieurs.

Richard, dans sa thèse (Paris, 1886) a tenté d'établir l'origine rhumatismale de cette ostéite. Avec M. Thibierge (*Archives générales de médecine*, 1er janvier 1890) je repousse cette théorie pathogénique ; nombreux sont les arguments que l'on pourrait justement invoquer. Il est d'ailleurs certains symptômes qui ont, à ce point de vue, une grande valeur : douleurs lancinantes, presque fulgurantes, toujours tenaces, diurnes aussi bien que nocturnes et précédant les déformations ; amaigrissement, déchéance organique, faiblesse suffisante pour empêcher le malade de marcher et de travailler. Voilà, il faut en convenir, des couleurs bien sombres, à côté du tableau bénin, en somme, du rhumatisme chronique. Je ne parle pas des déformations osseuses qui sont fort dissemblables dans les deux cas. L'évolution de l'ostéite de Paget me paraît comporter une phase d'ostéomalacie. Il est impossible d'attribuer les incurvations uniquement à une hypertrophie irrégulière sans diminution de longueur de l'os, puisque dans quelques régions, les courbures normales sont simplement exagérées (les clavicules par exemple), et que, d'autre part, l'abaissement de la taille est un signe constant de l'affection.

IX. — 1° **Hernie congénitale étranglée, ectopie testiculaire inguinale externe. Kélotomie, castration, guérison; 2° Pyonéphrose d'origine vésicale. Néphrotomie, guérison.** (*Poitou médical*, 1er avril 1890, p. 77.)

A propos du premier de ces faits, j'ai tenté de montrer que dans quelques circonstances exceptionnelles, il peut être permis de sacrifier le testicule en procédant à la cure radicale d'une hernie inguinale étranglée. Point curieux à noter, mon opéré a deux frères qui sont atteints également de hernie inguinale congénitale avec ectopie testiculaire.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une femme de 40 ans à qui j'ai dû pratiquer la néphrotomie pour une pyonéphrose consécutive à une cystite ancienne. La tumeur rénale énorme s'est promptement rétractée ; le pus n'a pas reparu dans les urines. Il reste une fistule lombaire par où s'écoule du pus crémeux qui n'a pas d'odeur urineuse.

X. — **Sarcome du sein, extirpation ; examen histologique.** (*Bulletins de la Société anatomique*, 26 juin 1819, p. 367.)

Femme vigoureuse, âgée de 37 ans : son grand-père paternel est mort d'un cancer de la joue ; son père a succombé à l'âge de 57 ans, atteint d'une tumeur intra-abdominale qui s'est terminée par une cachexie progressive.

Deuxième accouchement le 21 octobre 1890. Le 26 novembre, la malade constate l'existence d'une petite tumeur ronde, roulant sous le doigt à la partie supérieure et externe de la mamelle droite. Progrès très rapides ; au mois de février il faut cesser l'allaitement. En mai 1891, la tumeur est grosse comme une tête de fœtus à terme. La malade vient me trouver pour se faire opérer. Extirpation : guérison opératoire en 8 jours. Examen histologique : sarcome fasciculé complètement encapsulé.

De cette observation ressortent trois particularités : rapidité de l'évolution des néoplasmes du sein pendant la lactation ; netteté des antécédents héréditaires ; et enfin, réalité de l'exis-

tence du sarcome fuso-cellulaire de la mamelle, niée par Billroth, et dont je ne connais pas d'ailleurs d'autre exemple probant.

OBSERVATIONS DIVERSES

Kystes hydatiques du sacrum; examen histologique. *(In thèse d'agrégation,* Gangolphe, 1886.)

Varices développées dans le cours d'une sciatique. *(In thèse inaugurale,* A. Broca, 1886.)

Passim, thèses Fauchon-Courty, 1885, Philippeau, 1886, etc.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A MAJESTÉ.